

Beyond the Basics

Navegando el proceso de
revisión de elegibilidad de
Medicaid “unwinding”

11 de mayo de 2023

Logística del webinar

- Todos los asistentes tienen sus micrófonos silenciados y en modo de solo escucha
- Para hacer preguntas:
 - Haga clic en el icono Q&A en el panel de control, en la parte inferior de su pantalla
 - Escriba su pregunta en el recuadro
- Estaremos monitoreando las preguntas y haremos pausas para responder algunas durante la presentación; otras preguntas serán respondidas al final de la presentación
- También puede enviar preguntas a beyondthebasics@cbpp.org
- Todos los webinars se graban y estarán disponibles para ver en www.healthreformbeyondthebasics.org

Agenda

- Requisito de cobertura continua de Medicaid
- Qué es el proceso de revisión de elegibilidad de Medicaid (“unwinding”)
- Riesgos para personas inscritas en Medicaid: elegibles vs. no elegibles
- Asistentes/Navegadores de salud: asistiendo a minimizar las pérdidas de cobertura
- Transición al Mercado de Salud y/o cobertura ofrecida por el empleador

Laura Guerra Cardús (moderadora)

Johanna Parra (presentadora)

Requisito de Cobertura Continua de Medicaid



Requisito de Cobertura Continua

- Parte de la legislación de respuesta al coronavirus en 2020 exige que los estados mantengan a la mayoría de los afiliados en Medicaid durante la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés) aún cuando dejaban de ser elegibles
 - Es una condición del aumento del 6.2 % en el porcentaje de asistencia médica federal (FMAP, por sus siglas en inglés)
- El requisito de cobertura continua finalizó el 31 de marzo de 2023
- Los estados han reanudado el proceso completo de renovaciones y podrían comenzar a revisar la elegibilidad de las personas inscritas en Medicaid o terminar su cobertura tan pronto como el 1 de abril de 2023, lo que se conoce como proceso de revisión de elegibilidad de Medicaid y CHIP (“unwinding”)
- Los estados determinan sus propios plazos
 - Consulte el siguiente recurso de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): [Plazos estatales previstos para 2023 para iniciar las renovaciones relacionadas con “unwinding”](#)
 - Las personas inscritas en Medicaid pero que aún son elegibles para este programa podrían perder su cobertura *si los estados no actúan con cuidado*

Proceso de Revisión de Elegibilidad para Medicaid (“unwinding”)



Proceso de revision de elegibilidad para Medicaid

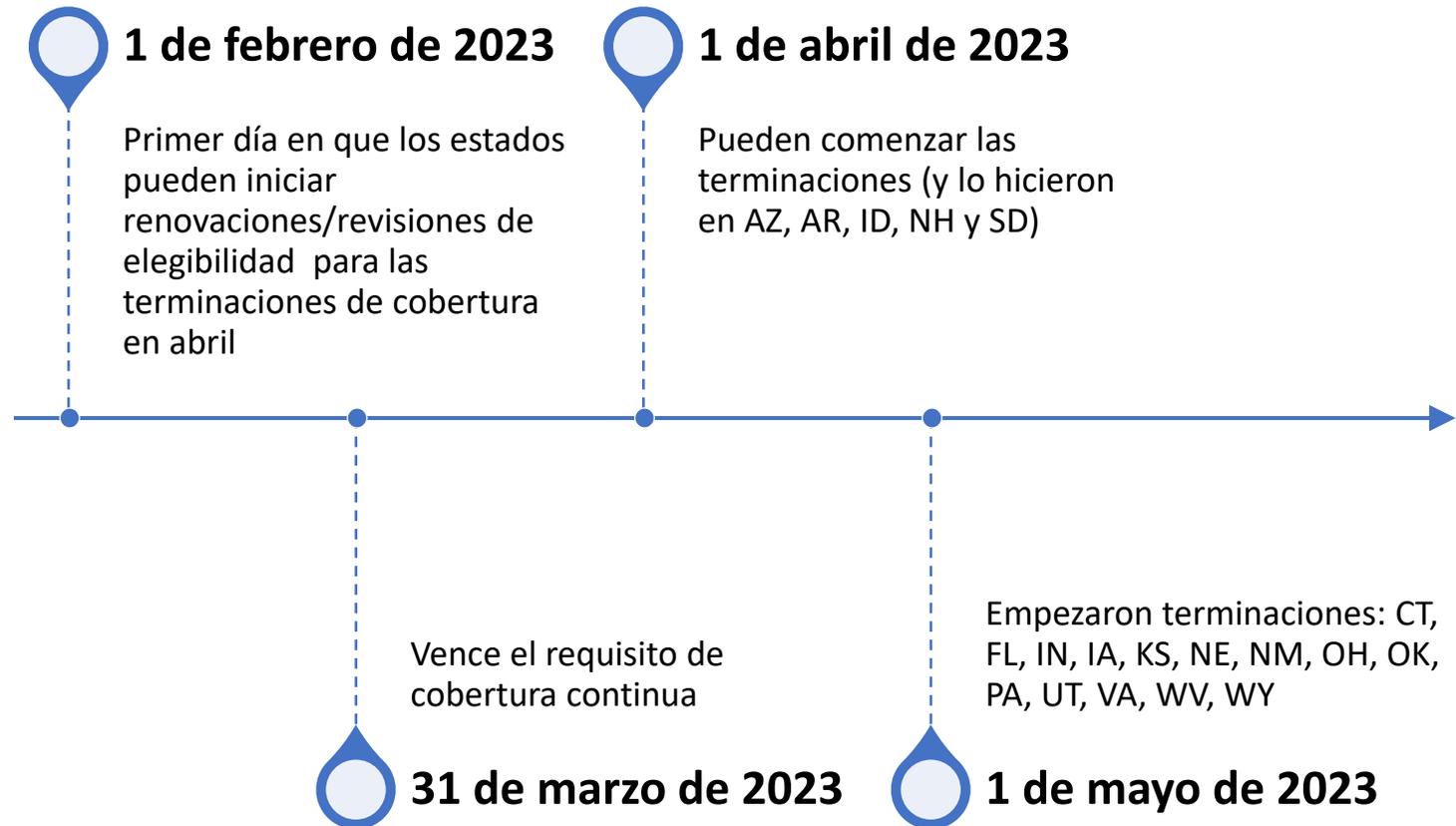
- Es el evento de salud más grande desde la implementación del ACA.
- Alrededor de 18 millones de personas inscritas en Medicaid podrían perder cobertura, y de estos 6.8 millones podrían continuar siendo elegibles aún cuando sean determinados no elegibles
- Todos los inscritos en Medicaid tendrán que pasar por un proceso de revisión de elegibilidad para determinar si pueden continuar inscritos en el programa
- Las agencias estatales son las que están a cargo de implementar este proceso, pero también enfrentan retos: falta de personal y/o alta rotación. Muchos de los trabajadores de casos que determinan la elegibilidad de Medicaid se enfrentan por primera vez al proceso de redeterminación de elegibilidad
- Encuentra [aquí](#) más información sobre los planes de cada estado en este proceso (en inglés)

Georgetown CCF 50-State Unwinding Tracker

State	Public state plan or summary	Alert to update contact information	Unwinding FAQ	Communications materials/toolkit
Alabama	Alabama Medicaid COVID-19 Unwinding Plan for Eligibility Processes	Medicaid Homepage (Address Update Alert) , Update Your Address	PHE Unwinding Toolkit (includes FAQ)	PHE Unwinding Toolkit ; AL COVID-19 Information for Providers
Alaska	N	6/29/22 letter ; Flyer ; News: Reminder to Update Mailing Address	N	Flyer
Arizona	Summary of COVID-19 PHE Operational Unwinding Plan	How AHCCCS is Planning for the End of the PHE ; AHCCCS Member News	Preparing for End of COVID-19: Return to Normal Renewals (FAQ) ; MCO Support for the End of the PHE	End of Medicaid Continuous Enrollment Messaging Toolkit ; Resources for Communities/MCOs
Arkansas	Arkansas Comprehensive Unwinding Plan	Instructions to update (linked on homepage) ; Update AR - Client Toolkits and Materials ; Access Arkansas Homepage Banner Alert	PHE Unwinding FAQ - Clients	Renew Arkansas: Provider Toolkits and Materials ; Update Arkansas graphics
California	Medi-Cal COVID-19 PHE Operational Unwinding Plan: Updated ; County Readiness Toolkit	DHCS Homepage (Address Update Banner) ; Keep Your Medi-Cal	COVID-19 FAQs (Eligibility) , DHCS Coverage Ambassadors Webinar Questions & Answers	Medi-Cal Continuous Coverage Requirement Toolkit ; Planning for the End of the Continuous Coverage Requirement ; Communication Toolkit Phase 1
Colorado	COVID-19 PHE Unwind Planning: Community Partners and Advocates	Update Your Address: Instructions ; HCPF Homepage (Address Update Alert)	COVID-19 PHE FAQs ; Consolidated Return Mail Center FAQs ; Health First Colorado FAQs	Preparing for Renewals: A Communications Toolkit ; Understanding the Renewal Process

Disponible a: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1tOxmngYs7jDPTGltp-diD1SGvHvZVJOM3G2YuUq0btg/edit>

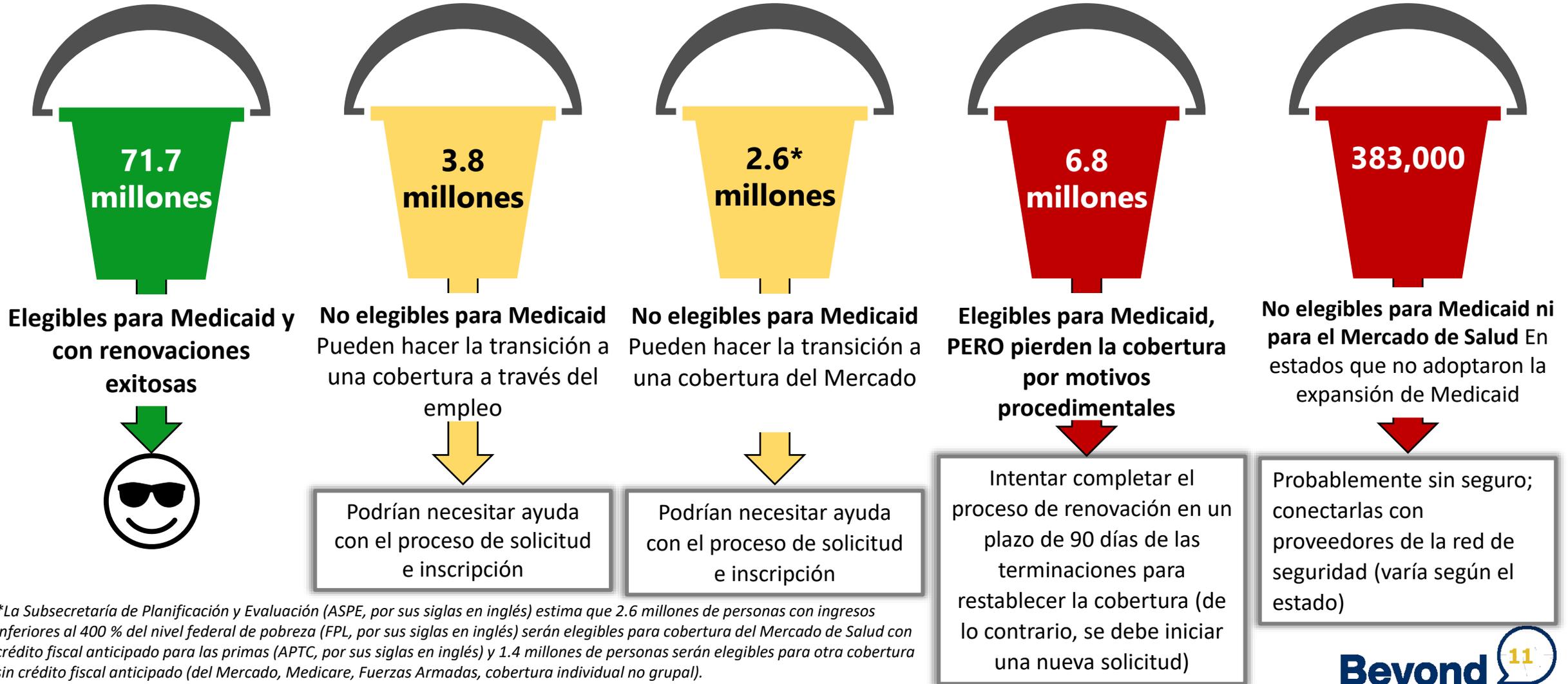
Fechas importantes



Riesgos para personas inscritas en Medicaid: elegibles vs. no elegibles



Resultados potenciales del proceso de revisión



*La Subsecretaría de Planificación y Evaluación (ASPE, por sus siglas en inglés) estima que 2.6 millones de personas con ingresos inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) serán elegibles para cobertura del Mercado de Salud con crédito fiscal anticipado para las primas (APTC, por sus siglas en inglés) y 1.4 millones de personas serán elegibles para otra cobertura sin crédito fiscal anticipado (del Mercado, Medicare, Fuerzas Armadas, cobertura individual no grupal).

Fuente: "Unwinding the Medicaid Continuous Enrollment Provision: Projected Enrollment Effects and Policy Approaches", Subsecretaría de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), agosto de 2022

“Unwinding” y el riesgo de que las personas elegibles pierdan su cobertura

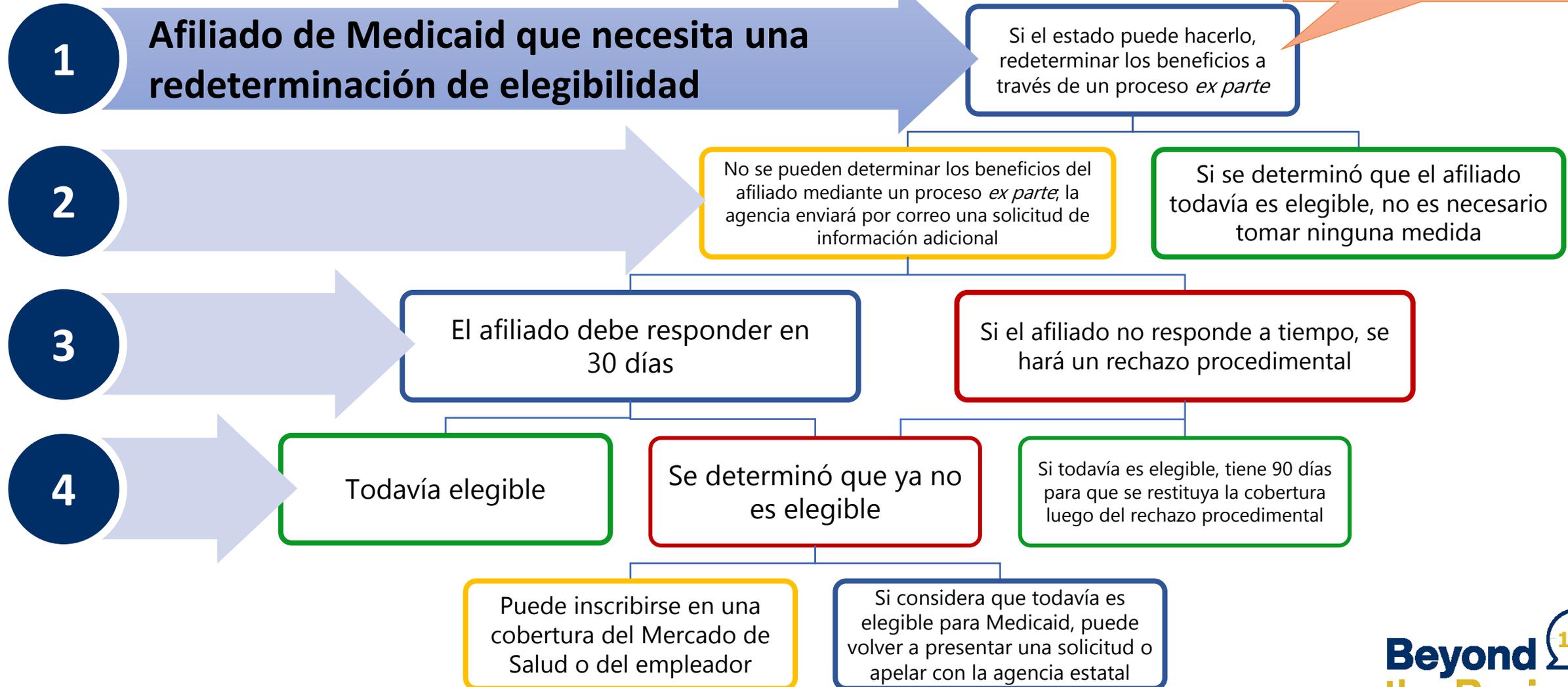
- **Las personas con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés), los niños y las personas de color corren un mayor riesgo de perder su cobertura durante el proceso de “unwinding”**
- Los afiliados podrían:
 - No recibir el aviso de renovación
 - No comprender el aviso de renovación
 - No presentar la información requerida a tiempo
- Los afiliados podrían enterarse de que ya no están inscritos en Medicaid cuando van al médico o a la farmacia, o cuando reciben una factura médica por correo
- Es posible que las agencias estatales de Medicaid no puedan procesar los documentos a tiempo, o que cometan errores al procesar las revisiones de elegibilidad por falta de capacitación o capacitación insuficiente
- Algunas personas volverán a presentar una aplicación, lo que generará trabajo adicional para las agencias, brechas en la cobertura y aumento de los costos para los estados
- Algunas personas pueden perder cobertura médica si su estado todavía no ha expandido la cobertura de Medicaid

Asistentes/Navegadores de salud:
asistiendo a minimizar pérdidas de
cobertura



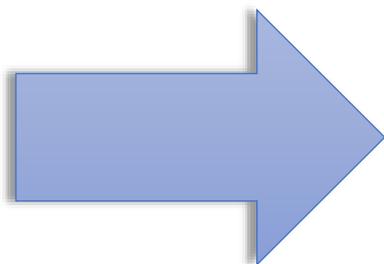
Pasos en el proceso de renovación de Medicaid

Los estados **no pueden terminar la cobertura** de Medicaid solo en función de una revisión *ex parte*.



Restitución de la cobertura de Medicaid después de un rechazo procedimental

- Se exige para la mayoría de los afiliados de Medicaid
- Someter a la agencia estatal de Medicaid un formulario de renovación y/o el envío de la información solicitada dentro de los 90 días de la fecha de terminación de Medicaid sirven como solicitud, y evita la brecha de cobertura
- La agencia debe determinar la elegibilidad en un plazo de 45 días luego de sometida la información o formulario de renovación
- Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: la fecha en que se presentó la renovación o el primer día del mes en que se envió el formulario de renovación, según el plan de Medicaid del estado
 - Hasta tres meses de cobertura retroactiva disponible



Los asistentes/Navegadores de Salud pueden apoyar a los afiliados que necesitan presentar esta información ante la agencia de Medicaid para que se restituya su cobertura lo antes posible

Oportunidades para minimizar la pérdida de cobertura

¡La pérdida de cobertura masiva se puede evitar!

- Los asistentes/Navegadores de Salud pueden difundir la información sobre el proceso de “unwinding” a través de las acciones de alcance comunitario y la educación de los consumidores y/o agencias sin fines de lucro de apoyo a los consumidores
 - Recomiende a las personas inscritas en Medicaid que actualicen su dirección e información de contacto con su agencia estatal (¡y ayúdelas a hacerlo!)
 - Es difícil saber cuándo alguien recibirá un aviso; esté alerta
 - Tenga cuidado con las traducciones del término “unwinding”
- Infórmese acerca de las normas de Medicaid, las redeterminaciones y los derechos del consumidor en su estado
- Informe a los consumidores acerca de sus derechos y opciones en este proceso
- Involucre en el proceso a las organizaciones con las que tienen alianzas y cultive nuevas alianzas
- Únase a coaliciones centradas en este tema
- Establezca ciclos de retroalimentación sobre el proceso con socios, agencias estatales, organizaciones comunitarias, clínicas de bajo costo, etc.

Cómo ayudar a una persona que se vio afectada por el proceso de “unwinding” de Medicaid: **Algunas preguntas que se pueden hacer**

¿La persona recibió información de la agencia estatal de Medicaid?

Si la respuesta es “sí”, ¿se trata de un pedido de mayor información? ¿O es un aviso de terminación de cobertura? ¿Cuáles son las fechas límites y los derechos de apelación (si aplica)?

Si se terminó la cobertura de Medicaid de la persona, ¿puede determinar por qué?

¿Fue correcto?

→ ¿Fue porque ya no es elegible, o porque no recibió el aviso del estado o no proporcionó la documentación?

¿Debería solicitar su reincorporación al programa?

→ Porque fue un rechazo procedimental; p. ej., por no responder a un pedido de mayor información

Si la persona ya no tiene Medicaid, pero necesita otra forma de cobertura:

¿Tiene una oferta de cobertura a través del empleador?

→ Si la respuesta es “sí”, ¿la cobertura a través del empleador cumple con los estándares de valor mínimo y asequibilidad?

→ Si la respuesta es “sí”, ¿la oferta también está disponible y es asequible para otros miembros de la familia?

¿Necesitan ayuda para presentar una solicitud para un plan del Mercado de Salud?

¿Necesitan una remisión a una clínica de bajo costo en su área?

Ejemplo: Paso a una categoría de elegibilidad de Medicaid diferente



- Laura tiene 45 años de edad, es refugiada y vive con sus tres hijos (todos ciudadanos estadounidenses) en un estado que no ha expandido Medicaid. En 2020, Laura se inscribió en Medicaid para padres, madres y cuidadores cuando sus ingresos disminuyeron considerablemente, y ha conservado su cobertura de Medicaid hasta ahora.
- Para cuando comienza el proceso de “unwinding” y la agencia estatal revisa su caso en mayo de 2023, el ingreso anual de Laura es de \$18,000. Ella envía el aviso de renovación con documentación sobre su ingreso actual y el estado determina que ya no es elegible para una cobertura completa de Medicaid y la inscribe en el programa de planificación familiar de Medicaid.
- Debido a un error de la agencia, Laura recibe el aviso de redeterminación en inglés y no comprende que ahora tiene un nivel de cobertura inferior. Cuando va a la farmacia a retirar sus medicamentos para la diabetes, se entera de que ya no están cubiertos y tiene que pagar el precio total.
- Se reúne con un Navegador de Salud, quien le explica que ahora está en la brecha de cobertura, la remite a una clínica local y la ayuda a inscribirse en un programa de medicamentos de bajo costo para poder controlar su diabetes.

Transición a cobertura ofrecida por el empleador



Períodos especiales de inscripción en el seguro patrocinado por el empleador

• 30 días

- Pérdida de cobertura o pérdida de las contribuciones del empleador
- Eventos elegibles (matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción)

• 60 días

- Pérdida de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

- Recuerde que las personas no son elegibles para créditos fiscales de primas (PTC, por sus siglas en inglés) si tienen una oferta de un seguro de salud patrocinado por el empleador que cumple con los estándares de valor mínimo y asequibilidad
- A partir de 2023, los cambios en la evaluación de asequibilidad hicieron que más personas sean elegibles para los PTC (“arreglo de la falla familiar o family glitch”)
- Sugiera a las personas que actúen *con rapidez* para inscribirse en la cobertura proporcionada por el empleador



Las personas que pierden el período de 60 días para inscribirse en el seguro patrocinado por el empleador (ESI, por sus siglas en inglés) pueden usar el período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para la reversión del proceso de cobertura continua (“unwinding”) a fin de inscribirse en la cobertura del Mercado, pero **NO reúnen los requisitos para recibir créditos fiscales para el pago de la prima ni reducciones de costos compartidos**

Recursos: [FAQ: Employer-Sponsored Insurance and PTC Eligibility](#) and [FAQ: Transitioning from Medicaid to Employer-Sponsored Insurance](#) (solo en inglés)

Elegibilidad para el seguro patrocinado por el empleador (ESI)

Una persona no puede recibir crédito fiscal anticipado para las primas (APTC) si su oferta de ESI:



Es un “plan elegible patrocinado por el empleador”

- Que no sea una indemnización ni una cobertura por accidente

-y-



Es asequible

- Se considera que una oferta es asequible si cuesta menos del 9.12 % del ingreso del grupo familiar. Esto impide la elegibilidad para el crédito fiscal anticipado para las primas (APTC).

-y-



Es integral

- Una oferta es integral si cumple con el estándar de “valor mínimo”

Si una oferta no cumple con uno o más de estos requisitos, el empleado podría ser elegible para el crédito fiscal anticipado para las primas (asumiendo que cumple con los demás requisitos)

Recurso: [MEC Reference Chart](#) (solo en inglés)

ESI: Requisito de asequibilidad

- El ESI es “asequible” para el empleado si **la contribución del empleado para la cobertura para sí mismo es de hasta el 9.12 % del ingreso** del grupo familiar (en 2023)
- El ESI es “asequible” para el cónyuge y los dependientes si **la contribución del empleado para la cobertura familiar es de hasta el 9.12 % del ingreso** del grupo familiar (en 2023)
- Si se considera que el ESI no es asequible, el empleado y/o cónyuge y los dependientes pueden reunir los requisitos para recibir APTC
- Un familiar también puede recibir APTC si:
 - No se le ofrece cobertura a través del empleado (p. ej., no se ofrece cobertura familiar)
 - No está en la declaración de impuestos del empleado (p. ej., un menor declarado por un ex cónyuge en lugar de por el empleado)

Recurso: [FAQ: Family Glitch Fix](#) (solo en inglés)

Asequibilidad de la cobertura familiar

El Mercado les pedirá a los solicitantes que ingresen el valor de la prima del empleado de más bajo costo para la cobertura de ESI para sí mismos y para sus familias, y luego determinará lo siguiente:

1. ¿La persona tiene acceso a cobertura patrocinada por el empleador adecuada y asequible para sí mismo?
2. ¿Los miembros del grupo familiar tienen acceso a cobertura familiar adecuada y asequible a través del empleador del suscriptor?
3. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar de la persona tiene acceso a cobertura adecuada y asequible a través de un empleador diferente?

Si una persona no tiene una oferta de seguro adecuado y asequible a través de un empleador (ya sea a través de su propio empleador o del empleador de un miembro del grupo familiar), esa persona podría ser elegible para créditos fiscales anticipados para las primas (APTC).

Premium costs

Below, only enter the amount Alex would pay. Don't include any amount paid by Target.

[Learn more about entering premium amounts.](#)

Coverage for Alex only

How much would Alex pay for the lowest-cost plan just for themselves?

Alex's premium amount

\$ 100

How often?

Weekly

Coverage for Alex, Bailey, & Carly

How much would Alex pay for the lowest-cost plan for themselves and these household members?

Alex's premium amount

\$ 200

How often?

Weekly

Save & continue

Application ID: 159127290

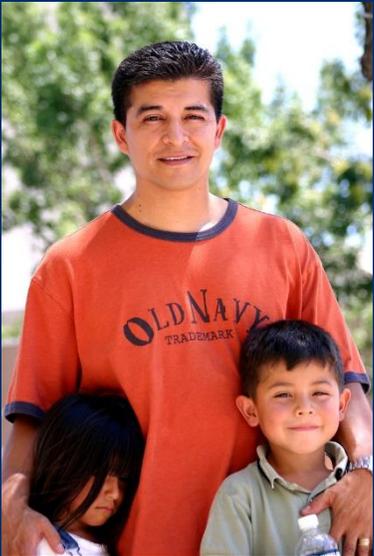
Acumulación del costo de cobertura

Ayude a las personas a comprender sus opciones y de qué manera pueden acumularse sus costos (primas, deducibles y máximos de bolsillo).

	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Empleado/a	Cobertura a través del empleador	Cobertura del Mercado (sin PTC)	Cobertura a través del empleador
Cónyuge y dependientes	Cobertura del Mercado (con PTC)	Cobertura del Mercado (con PTC)	

Nota: Este es solo un ejemplo. Los distintos grupos familiares tendrán opciones diferentes.

Ejemplo: Personas que ya no son elegibles debido a los ingresos



- Ejemplos de categorías de Medicaid: niños; mujeres embarazadas; padres, madres y cuidadores; adultos de bajos ingresos; personas con necesidades médicas; adultos mayores; personas con discapacidades
- Mario tiene 37 años, es residente legal permanente y padre soltero de dos niños con el mismo estatus migratorio. Viven en un estado con expansión de Medicaid. Mario y sus hijos se inscribieron en Medicaid cuando él perdió su trabajo durante el momento más crítico de la pandemia en 2020.
- Para el momento en que comienza el proceso de “unwinding” y se revisa el caso de la familia en mayo de 2023, el ingreso de Mario es superior al 138 % del nivel federal de pobreza (FPL) pero inferior al 250 % del FPL.
- El estado revisa la información de Mario y llega a la conclusión de que él ya no es elegible para recibir Medicaid, pero sus hijos son elegibles para el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Mario tiene una oferta de cobertura a través del empleador que cumple con el estándar de valor mínimo (MV, por sus siglas en inglés) y que resulta asequible para él y sus hijos; sin embargo, el deducible familiar es de \$5,000 al año. Mario se inscribe en la cobertura a través del empleador, pero sus hijos permanecen en el CHIP, que es menos costoso para la familia.

Transición al Mercado de Salud



En estados que usan CuidadoDeSalud.gov:

Trate a las personas que se transfieren al Mercado como un solicitante nuevo.

La pérdida de cobertura de Medicaid no generará una solicitud precompletada en el Mercado de Salud.

Cómo
comenzar una
solicitud

CuidadoDeSalud.gov English Iniciar sesión

Obtener cobertura Mantenga o actualice su plan Todos los temas ▼ Respuestas Buscar

¿Aún necesita seguro médico?

Puede inscribirse o cambiar de plan si tiene ciertos eventos de vida o ingresos o califica para Medicaid o CHIP.

[Averigüe si puede inscribirse/cambiar](#)

[¿Buscando cobertura para un pequeño negocio? Aprenda más](#)

¿Perdió Medicaid o CHIP? Obtenga cobertura del Mercado [Aprenda más](#)

Comunicaciones del Mercado de Salud

Health Insurance Marketplace

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

465 INDUSTRIAL BOULEVARD
LONDON, KENTUCKY 40750-0001

Need health insurance? You may be able to get help paying for a plan through the Health Insurance Marketplace®

We understand that you recently lost or were denied health coverage through [state Medicaid program name] [(Medicaid)] or [state CHIP Name] [(Children's Health Insurance Program (CHIP))]. If you or others in your household still need coverage, you can find a plan through the Health Insurance Marketplace®, and you may be able to get help with costs. These are quality health plans that cover prescription drugs, doctor's visits, hospitalizations and more. Act soon!

What should I do next?

Submit a new or updated Marketplace application now to see if you (or other members of your household) are eligible to buy a Marketplace plan and get help with costs. It only takes a few steps to see if you can get covered. Go to [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to get started.

For more help

If you have questions about Marketplace coverage or applying, need help in another language, or want this information in an accessible format (like large print, braille, or audio), help is available:

- Visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- Call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)

A Marketplace Assister, [Organization Name], may reach out to help you and other household members enroll in coverage. Marketplace Assistors provide free and impartial enrollment assistance. You can contact [Organization Name, Assister ID] at [Phone Number] or visit [Organization Website]. You can also get more information about help in your local area at [LocalHelp.HealthCare.gov](https://www.localhelp.healthcare.gov).

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.

Non-discrimination: The Health Insurance Marketplace doesn't exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, sex (including sexual orientation and gender identity), or age.

Las personas pueden recibir lo siguiente:

- Un aviso del Mercado de Salud que les sugiera presentar una solicitud. Esto también podría incluir información de contacto de un asistente/Navegador de Salud local
- Llamadas telefónicas directas de un asistente/Navegador de Salud local que los anime a presentar una solicitud y les ofrezca ayuda
- El aviso de terminación de Medicaid puede incluir información de contacto de Navegadores de Salud/asistentes locales y del Mercado de Salud

Período especial de inscripción para individuos que han perdido Medicaid

- Nuevo período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para cualquiera que pierda la cobertura de Medicaid/CHIP en cualquier momento entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024
- Acceso a través de HealthCare.gov
- Se acepta declaración en la aplicación; no se exige documentación confirmación
- 60 días para elegir un plan después de presentar o actualizar una solicitud
- Ver orientación en:
<https://www.cms.gov/technical-assistance-resources/temp-sep-unwinding-faq.pdf>

HealthCare.gov

← Back | 1 Set up - 2 Household - 3 Coverage & changes - 4 Review & submit

Medicaid or CHIP coverage ending

[Learn more about Medicaid and Children's Health Insurance \(CHIP\) programs.](#)

Did Anton have Badger Care Plus (Medicaid) or BadgerCare Plus (CHIP) that recently ended or will end soon?

Select Yes if one applies:

- Anton's coverage ended between March 31, 2023 and today
- Anton's coverage is going to end between today and [60 days from today]

Yes
 No

Enter the last day of Anton's coverage.
If you don't have it, give your best estimate.
For example: 1/31/2023

Month Day Year

/ /

Resource: [SEP Reference Chart](#) (solo en inglés)

Fechas de inicio de cobertura

- Período especial de inscripción para el proceso de “unwinding”: primer día del mes posterior a la selección del plan
 - O, si la cobertura finaliza a mitad del mes: si la persona certifica la pérdida de cobertura y elige un plan antes del primer día del mes en que perderá la cobertura, la cobertura del Mercado de Salud entra en vigencia a partir del primer día del mes en el cual el afiliado pierde la cobertura de Medicaid/CHIP.
- Interacción con otros SEP: seguir la fecha de entrada en vigencia del SEP para el proceso de “unwinding”, a menos que la persona reúna los requisitos para una fecha de entrada en vigencia retroactiva
 - Llamar al centro de llamadas del Mercado de Salud si no se desea una fecha de entrada en vigencia retroactiva
- Novedad/próximamente: ¡El SEP para cobertura permanente (una vez que termine el SEP para el proceso de “unwinding”) para las personas que pierden la cobertura de Medicaid/CHIP será de 90 días!
 - Para los Mercados Estatales (SBM) la medida entra en vigencia el 26 de junio de 2023
 - Para los Mercados Facilitados por el Gobierno Federal (FFM) la medida entra en vigencia el 1 de enero de 2024
 - Para obtener más información, consulte: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/hhs-notice-benefit-and-payment-parameters-2024-final-rule>

**Ejemplo:
Personas que ya
no son elegibles
para la
cobertura de
Medicaid debido
a su estatus
migratorio**



- Elena tiene 25 años, es solicitante de asilo y estaba embarazada en noviembre de 2020 cuando descubrió que era elegible para la cobertura de Medicaid para mujeres embarazadas en su estado, que no ha expandido Medicaid. Elena ha conservado su cobertura total de Medicaid hasta ahora, junto con su hijo Liam, a pesar de su estatus migratorio (inmigrante presente legalmente, pero no calificada). El esposo de Elena es un inmigrante indocumentado y va a una clínica local en su área.
- El ingreso de la familia es de \$20,000, lo cual está por debajo del 100 % del FPL.
- Para cuando comienza el proceso de “unwinding” y se revisa su caso en mayo de 2023, Elena todavía es una inmigrante presente legalmente y ya no es elegible para Medicaid debido a su estatus migratorio.
- El estado revisa la información de Elena y termina su cobertura de Medicaid, pero no la de Liam.
- Elena puede inscribirse en un plan del Mercado de Salud, incluso cuando su ingreso es inferior al FPL, debido a su estatus migratorio. Si actúa de inmediato, no tendrá una brecha de cobertura. Elena no necesita proporcionar a la agencia local ni al Mercado el estatus migratorio de su esposo, ya que él no se inscribirá en ningún programa.

Ejemplo: Restitución de la cobertura de Medicaid



- Darren y su hija Lila han estado inscritos en Medicaid desde 2020. Se mudaron a otra parte del estado hace poco porque Darren consiguió un nuevo empleo, pero no actualizaron su información de contacto en la agencia local.
- El ingreso anual de Darren como fruto de su trabajo es de aproximadamente \$29,500 (o alrededor del 150 % del FPL). No le ofrecen seguro médico a través de su empleo.
- Darren recibe por correo un aviso de la agencia estatal de Medicaid en marzo 2023, donde afirman que él no respondió a los anteriores pedidos de información, por lo que el estado termina la cobertura de Medicaid para él y para Lila a partir del 1 de mayo.

Ejemplo: Restitución de la cobertura de Medicaid



Darren

- Debido a que el ingreso del grupo familiar es del 150 % del FPL, Darren ya no es elegible para la cobertura de Medicaid.
- Puede obtener un período especial de inscripción para inscribirse en una cobertura del Mercado (con crédito fiscal anticipado para las primas [APTC] y reducción de costos compartidos [CSR]) en cualquier momento entre el día de hoy y el 31 de julio de 2023. Si actúa de inmediato, puede hacer los arreglos necesarios para que la cobertura entre en vigencia el 1 de mayo y evitar una brecha de cobertura.

Lila

- Con un ingreso del 150 % del FPL, Lila todavía es elegible para recibir Medicaid en su estado.
- Darren recopila la documentación de ingresos solicitada en el aviso del estado y la envía por correo de inmediato. La agencia estatal la recibe y la procesa.
- Se restituye la cobertura de Medicaid de Lila, con cobertura retroactiva por cualquier gasto médico cubierto durante el período entre el aviso de terminación y la fecha de restitución de la cobertura.

Ejemplo: Transición a una cobertura a través del empleador



- Jon y Elena, un matrimonio que declara impuestos de manera conjunta, han estado inscritos en Medicaid desde julio de 2020, cuando Jon perdió la cobertura a través de su empleo.
- En octubre de 2022, nació su hijo Luca. Luca también está inscrito en Medicaid.
- Jon consiguió un nuevo empleo en 2022 que le ofrece cobertura médica para la familia. Su salario anual es de \$45,000. Elena cuida a Luca y no trabaja fuera del hogar en este momento.
- Jon y Elena reciben un aviso de su agencia de Medicaid en el que les solicitan información de ingresos actualizada. Responden al aviso y se enteran de que, con un ingreso de aproximadamente el 181 % del FPL, Luca sigue siendo elegible para Medicaid, pero Jon y Elena ya no son elegibles. Su cobertura de Medicaid terminará en mayo.

Ejemplo: Transición a una cobertura a través del empleador



Resumen de costos del plan e ingreso del grupo familiar

Ingreso del grupo familiar:	\$45,000
Costo de la prima de empleado solo:	\$300/mes
Costo de la prima de empleado + cónyuge:	\$450/mes
Valor mínimo (MV):	✓ 80% de valor actuarial (AV)

¿Pueden Jon y Elena recibir un crédito fiscal anticipado para las primas (APTC)?

Evaluación del empleado:

¿El plan de Jon es asequible?

(Entonces, ¿su prima de costo más bajo para un plan de valor mínimo es inferior al 9.12 % del ingreso del grupo familiar?)

- Sí, la participación de la prima de la cobertura para él solo es del 8 % del ingreso del grupo familiar.

✗ Jon no es elegible para el PTC

Evaluación de la familia:

¿El plan de Jon es asequible para Elena?

La cobertura de empleado + cónyuge cuesta el 12 % del ingreso

- Debido a que cuesta más del 9.12 % del ingreso, la cobertura de cónyuge se considera inasequible

✓ Elena es elegible para el PTC

Consejo: Si la familia reúne los requisitos para PTC, pero el empleado no, este todavía podría necesitar adquirir un seguro patrocinado por el empleador (ESI) o un plan del Mercado de costo total. Ayudar a las familias a comprender de qué manera se sumarán los costos de la prima.

Cómo ayudar a que Jon y Elena comprendan sus opciones

Ejemplo: Transición a una cobertura a través del empleador



- Luca sigue siendo elegible para Medicaid.
- Jon puede inscribirse en una cobertura del Mercado de costo total o hacer la transición a una cobertura a través del empleo. **Solo tiene 60 días después de que finaliza su cobertura de Medicaid para inscribirse en una cobertura a través del empleo.**
- Elena puede inscribirse en una cobertura del Mercado, probablemente con un PTC y reducciones de costos compartidos. **Tiene hasta el 31 de julio de 2023 para inscribirse en un plan del Mercado.**
 - * Si Jon y Elena se inscriben en el mismo plan del Mercado como grupo, se perderían los CSR. De lo contrario, Elena reúne los requisitos si se inscribe por su cuenta.
- Si la familia viviera en un estado que hubiese elegido la opción de atención posparto de 12 meses en Medicaid, Elena probablemente también seguiría siendo elegible para la cobertura de Medicaid hasta octubre de 2023.

Preguntas y respuestas



Recursos

Recursos de Beyond the Basics

- [FAQ: Llegarán cambios a Medicaid](#) *(disponible en 8 idiomas)*
- [Lista de cosas para llevar a una cita de inscripción](#) | What to Bring to An Appointment *(disponible en 8 idiomas)*
- [Cómo ayudar a las familias con inmigrantes a solicitar cobertura médica](#) | FAQ: Helping Families That Include Immigrants Apply for Health Coverage *(disponible en español y inglés)*
- [Glosario](#)
- [Planilla de cálculos de ingresos](#) | Worksheet: Income calculation *(disponible en 8 idiomas)*
- [Planilla de comparación de planes del Mercado de Seguros Médicos](#) | Worksheet: Marketplace plan comparison *(disponible en 8 idiomas)*
- [Unwinding Medicaid Continuous Coverage](#) *(sólo disponible en inglés)*
- [Health Insurance Affordability Programs' Eligibility Based on Immigration Status](#) *(sólo disponible en inglés)*
- [Reference Guide to Immigration Documents](#) *(sólo disponible en inglés)*

Otros recursos

- CMS: [Renovaciones de Elegibilidad de Medicaid y CHIP: Conjunto de Materiales de Comunicaciones](#) and [Materiales adicionales](#) (zip file)
- Community Catalyst: [Recursos de cobertura continua](#)

Contacto

- www.healthreformbeyondthebasics.org
- beyondthebasics@cbpp.org

Este es un proyecto del Center on Budget and Policy Priorities
www.cbpp.org